第２号様式（第３条関係）

変　　 更 　　届　　 出 　　書

年　　月　　日

　　（宛先）富士市長

所　在　地

事業者　名　　　称

代表者氏名

　　次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 介護保険  事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定内容を変更した事業所（施設） | | 名称 | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | | |
| サービスの種類 | |  | | | | | | | | | | | |
| 変更があった事項 | | 変更の内容 | | | | | | | | | | | |
| １ | 事業所（施設）の名称 | （変更前） | | | | | | | | | | | |
| ２ | 事業所（施設）の所在地 |  | | | | | | | | | | | |
| ３ | 事業者の名称 |  | | | | | | | | | | | |
| ４ | 主たる事務所の所在地 |  | | | | | | | | | | | |
| ５ | 代表者の氏名、生年月日、住所及び職名 |  | | | | | | | | | | | |
| ６ | 事業者の登記事項証明書又は条例等（当該指定に係る事業に関するものに限る。） |  | | | | | | | | | | | |
| ７ | 事業所が病院若しくは診療所又はその他の事業所のいずれかの別 |  | | | | | | | | | | | |
| ８ | 事業所（施設）の建物の構造、専用区画等 |  | | | | | | | | | | | |
| ９ | 事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴 | （変更後） | | | | | | | | | | | |
| 10 | 運営規程 |  | | | | | | | | | | | |
| 11 | 協力医療機関（病院）・協力歯科医療機関 |  | | | | | | | | | | | |
| 12 | 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、病院等との連携及び支援の体制 |  | | | | | | | | | | | |
| 13 | 連携する訪問看護を行う事業所の名称及び所在地 |  | | | | | | | | | | | |
| 14 | 本体施設の概要及び本体施設との間の移動経路等 |  | | | | | | | | | | | |
| 15 | 併設施設の概要 |  | | | | | | | | | | | |
| 16 | 介護支援専門員の氏名及びその登録番号 |  | | | | | | | | | | | |
| 変更年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | |

　備考

　　１　該当項目番号に○を付けてください。

　　２　変更内容が分かる書類を添付してください。

　　３　定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、地域密着型特定施設入居者生活介護の事業所については、管理者の経歴について届け出る必要はありません。